

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912 — N° 139.

LA HERNIE

DES APPENDICES ÉPIPLOÏQUES

de l'S iliaque

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 juillet 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice MACHUEL

Né à Tunis, le 8 mars 1886



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6

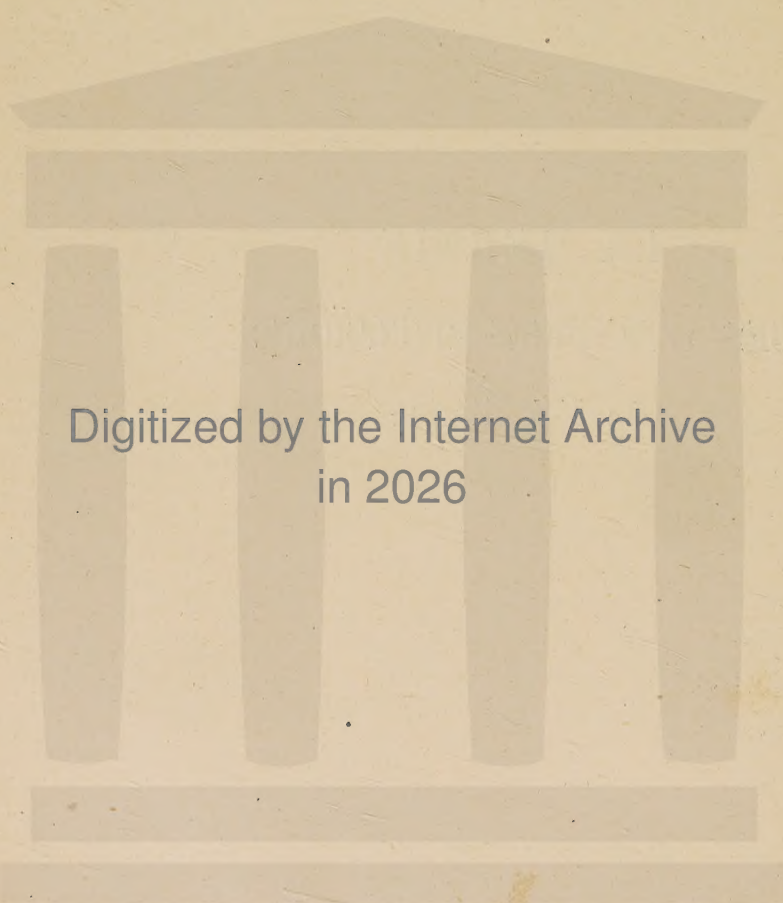
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25

PARIS

1912

LA HERNIE
DES APPENDICES ÉPIPLOÏQUES
de l'S iliaque



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912 — N° 139.

LA HERNIE

DES APPENDICES ÉPIPLOÏQUES

de l'S iliaque

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 22 juillet 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice MACHUEL

Né à Tunis, le 8 mars 1886



A. MALOINE, ÉDITEUR

Rue de la Charité, 6
LYON

Rue de l'École-de-Médecine, 25
PARIS

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUV
LÉPINE, PIERRET

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.	}	LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	}	POLLOSSON(A.).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	}	HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie	}	BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne	}	TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique	}	MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	}	LESIEUR.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.	}	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		COURMONT (P.).
Pharmacologie.	}	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique.	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
REGAUD.	MARTIN (Et.).	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THEVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	TAVERNIER.	PIERY, Ch...
PATEL.	LATARJET.	GADE.	SAVY, Ch...

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, *Président*; M. ROCHET, *Assesseur*;
MM. PATEL et THÉVENOT, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

En souvenir de ma profonde affection.

A MON PÈRE

INSPECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE DE L'UNIVERSITÉ
DIRECTEUR GÉNÉRAL HONORAIRE DE L'ENSEIGNEMENT PUBLIC EN TUNISIE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de mon respectueux attachement et de ma vénération.

A MON BEAU-PÈRE

En témoignage de ma vive reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A L'UNIVERSITÉ DE LYON

Je le prie de vouloir bien agréer
l'expression de mon profond respect
et de ma gratitude pour le grand
honneur qu'il m'a fait en acceptant
de présider ma thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES
DES VOIES URINAIRES

Hommage très respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Dont les savants conseils, dont la
chaude sympathie qu'il a bien voulu
me témoigner, m'ont été si précieux
et m'ont appris à aimer la science et
à connaître la bonté agissante.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ THÉVENOT

Dont les encouragements et la bien-
veillance ne m'ont jamais fait défaut.

INTRODUCTION

De nombreux travaux ont été consacrés ces dernières années à l'anatomie et à la pathologie du gros intestin, venant mettre en évidence toute une série d'entités anatomo-pathologiques et cliniques jusque-là ignorées. Après les sigmoïdites, les diverticulites et les torsions de l'épiploon, pour ne citer que ces cas spéciaux, voici que l'attention vient d'être attirée de nouveau sur les appendices épiploïques, qui, jusqu'à ces derniers temps, n'avaient offert d'intérêt ni aux chirurgiens ni aux anatomistes. Décrits pour la première fois par André Vésale, ils ont fait l'objet de quelques remarques de la part de Fabrice d'Aquapendente, Spiégel, Riolan, Glisson, Bartholini, Haller, qui leur consacre une page. En 1776 Chaussier présente à l'Académie de Dijon une étude remarquable sur la morphologie et la physiologie des épiploons. Depuis, les anatomistes ne les ont honorés que de brèves descriptions. En 1908 Robinson en fit une étude très documentée, montrant de quels accidents ils peuvent être la cause. Trois années auparavant Riedel avait publié un travail dans lequel il citait deux cas d'appendices épiploïques enfermés dans un sac herniaire. M. le professeur agrégé Patel, ayant eu, cette année, l'occasion d'opérer un malade porteur d'une hernie dont le contenu était formé par un appen-

dice épiploïque, a bien voulu me charger de réunir quelques observations déjà signalées pour tâcher d'en tirer quelques données d'anatomie pathologique.

Je me suis efforcé de mettre en lumière les points intéressants de ce travail, c'est-à-dire l'anatomie des appendices épiploïques des diverticules concomitants et les lésions d'anatomie pathologique. Quelques mots suivront sur la symptomatologie et le diagnostic de cette affection. Malgré tous mes efforts pour bien faire, de nombreuses lacunes devront sans doute être comblées, et je prie instamment mes maîtres, dont la bienveillance est si grande, de vouloir bien me les pardonner.

ANATOMIE

Si l'on considère dans son ensemble la morphologie externe du côlon, ce qui frappe à première vue, ce sont les points suivants :

1° L'irrégularité de sa surface qui, contrairement à celle de l'intestin grêle, présente de très nombreuses bosselures ;

2° La présence sur le côlon depuis son origine, au cæcum, jusqu'au voisinage de sa terminaison, de trois bandes longitudinales ;

3° Le péritoine ne donne pas toujours de méso complet au cæcum qui est presque fixe, mais, par contre, le mésocôlon transverse et le mésocôlon ilio-pelvien sont très développés. Ce dernier en particulier s'étale en éventail sur l'S iliaque et mesure des dimensions parfois très grandes (10 à 16 centimètres de longueur, d'après Testut) donnant de ce fait, à cette portion du côlon, une extrême mobilité et, par suite, une variabilité énorme dans sa situation et ses rapports.

Or, sur la périphérie du côlon (et c'est là le fait frappant) tout le long des bandes longitudinales, principalement les latérales, souvent aussi sur la postérieure (Robinson), le péritoine émet des prolongements en nombre plus ou moins considérables dont la forme et les dimensions sont très variables. Ce sont les appen-

dices épiploïques encore appelés appareils séro-graisseux (Poirier), appendices adipeux, franges graisseuses, franges épiploïques (J. Cruveilhier) séro-appendice (Robinson).

Ignorés presque jusqu'à ces dernières années, les appendices épiploïques n'ont jamais été, de la part des anatomistes, l'objet de longues descriptions.

Le moment de leur apparition n'est même pas nettement établi : Cruveilhier, Sappey, Testut nient leur présence chez le fœtus et l'enfant et les considèrent comme une manifestation de l'âge adulte. Meckel, au contraire, prétend qu'ils apparaissent dès les premiers mois de la vie intra-utérine. C'est également l'avis de Robinson, qui, dans une thèse fort documentée à laquelle nous ferons plus d'un emprunt, cite notamment le cas d'un enfant de 4 ans mort à l'hospice de Bicêtre, présentant des appendices épiploïques aussi développés que ceux qu'on peut trouver chez certains adultes.

M. Patel, ayant fait des recherches toutes spéciales dans ce sens, nous avons tenu à connaître son avis. « Jamais, nous a-t-il répondu, malgré de nombreuses observations, il n'a pu vérifier par l'affirmative les assertions de Robinson. »

Tantôt coniques (Haller, Marjolin), tantôt renflés en massue (Meckel), sacciformes (Luschka), cylindroïdes ou aplatis, simples ou ramifiés, à bords plus ou moins frangés dont l'extrémité flotte librement dans la cavité abdominale (Testut), les appendices ont des formes très diverses, de même que leur longueur et leur volume sont très variables. Cette longueur peut être d'un, de deux ou de plusieurs centimètres ; on en a vu

qui mesuraient jusqu'à 18 centimètres, et Cruveilhier affirme en avoir rencontré de très longs qu'il rendait responsables de certains étranglements par enroulement autour de l'intestin et qui, disait-il en outre, pouvaient parfaitement bien contribuer, pour une part, à la composition des hernies.

L'irrigation des appendices épiploïques a son importance : les artères viennent des mésentériques supérieure et inférieure dont l'anastomose, au dire des anatomistes, serait la plus grande de l'organisme. Elles forment dans les appendices des arcades à convexité dirigée en dehors, comparables à ceux du grand épiploon.

Les veines suivent le trajet des artères. Elles se rendent à la veine mésentérique supérieure et à la veine mésentérique inférieure et, parfois, à la veine rénale. Cette dernière, venant s'aboucher dans la veine splénique, on a, de ce fait, l'explication d'embolies possibles ou d'inflammation qui, partie d'un appendice enflammé, traumatisé, tordu, se généralisera au foie, à la rate ou au rein.

Quel que soit le moment de l'apparition de ces appendices épiploïques, leur formation est indubitablement liée à l'accumulation de la graisse dans le péritoine. Il n'y a, partant, rien d'étonnant à ce qu'on puisse trouver chez certains obèses des appendices épiploïques très développés, dont le volume atteint parfois celui d'un œuf. On comprend aisément combien, dans de telles conditions, ces organes rudimentaires peuvent donner lieu à des manifestations pathologiques aussi variées que dangereuses, tant par leur longueur que par leur volume.

Des diverticules de l'S iliaque. — A côté de ces appendices épiploïques que nous venons de décrire, il existe d'autres formations, uniquement pathologiques celles-là, dont l'étude a été faite de la façon la plus complète par M. le Dr Patel.

Signalées par Cruveilhier, qui les décrit sous le nom de « hernies tuniquaires » et les explique par une déhiscence de la paroi musculaire livrant passage à la muqueuse, le tout étant recouvert par la séreuse péritonéale, les diverticules de l'S iliaque sont de « petites saillies, nous dit M. Patel, visibles sur la surface extérieure de l'intestin dans lesquelles la cavité intestinale se prolonge ».

Ces diverticules ont une prédilection marquée pour l'S iliaque où on les rencontre plus fréquemment qu'on ne pourrait le croire, malgré l'assertion de M. le Dr Zilgien qui, sur 3000 autopsies, n'en aurait trouvé qu'un seul cas.

Leur rareté doit plutôt être attribuée à des recherches insuffisantes, l'attention des personnes autopsiant n'ayant pas été attirée du côté de l'S iliaque d'une façon systématique. Beaucoup aussi peuvent passer inaperçus parce qu'ils sont inclus, comme le montre notre figure, à l'intérieur même d'un appendice épiploïque. Enfin, au dire de Graser, un intestin, bien que sain en apparence, peut présenter, vu au microscope, de nombreux diverticules à un stade tout initial.

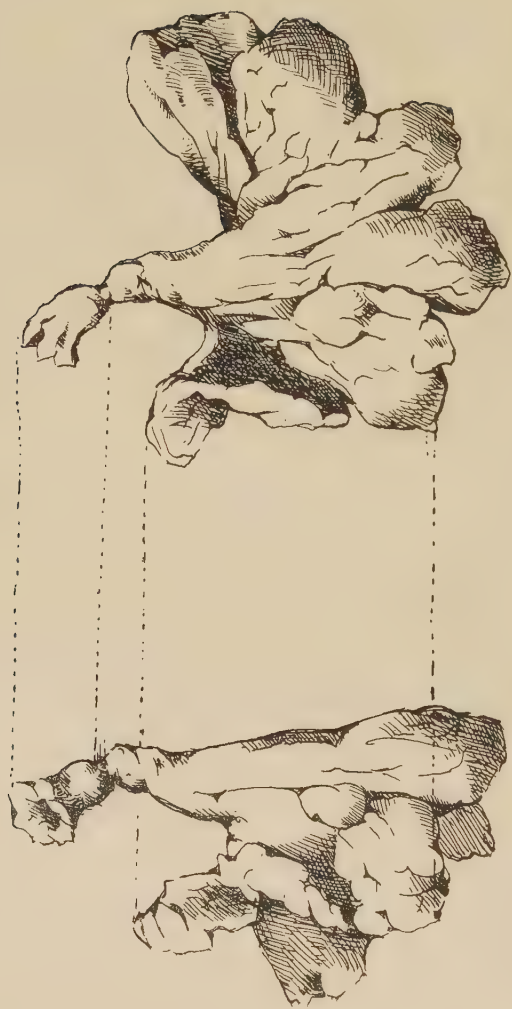
Leur nombre, lorsqu'ils existent, est considérable. Cruveilhier cite le cas du professeur Alibert sur le côlon duquel on put en compter plusieurs centaines. MM. le Dr Patel et le Dr Pellanda ont fait une communication au sujet d'une pièce sur laquelle les diverticules sont si

nombreux qu'une énumération, même approximative, a été totalement impossible. Dans de pareils cas, ces diverticules ne forment plus qu'une masse confluyente et indivise. Dans les cas plus simples, ces diverticules sont isolés, ayant l'apparence d'un doigt de gant plus ou moins allongé, pendant librement dans la cavité intestinale. D'autrefois ce sont de simples boursouflures de la paroi; souvent, comme nous le disions plus haut, ils sont inclus dans un appendice épiploïque ou perdus au milieu de la graisse.

De coloration noire, ils ont un volume variant entre celui d'un pois et celui d'une petite poire, et leur présence sur l'intestin communique à ce dernier, nous dit très justement M. Patel « un aspect variqueux, noueux, absolument caractéristique ».

On a parfois trouvé à leur intérieur des corps étrangers (arêtes, pépins, poils de brosse, etc.) pouvant causer des désordres graves.

Nous n'envisagerons pas la formation de ces diverticules, renvoyant pour cette question aux ouvrages spéciaux, et nous rappellerons simplement, qu'au point de vue étiologique, un des principaux facteurs est la vieillesse. La constipation, état pour ainsi dire habituel des personnes âgées, est également, par l'excitation continuelle des parois et le tarissement de leurs sécrétions, une cause non moins importante de leur formation. Si, à ces deux causes, l'on ajoute l'obésité, conséquence pour ainsi dire inévitable de la vie sédentaire du vieillard, on comprend pourquoi l'on trouve si fréquemment réunies ces deux formations : diverticules et appendices épiploïques.



Appendice épiploïque étranglé dans un sac.
Dessin, grandeur naturelle, de la pièce trouvée par M. PATEL.

OBSERVATIONS

OBSERVATION XXII

Hernie inguinale gauche avec signes d'étranglement. — Opération : diverticule de l'S iliaque étranglé; liquide séro-purulent dans le sac. — Cure radicale.

Cas dû à l'obligeance de M. le professeur agrégé PATEL

M. C..., 45 ans, sans antécédents héréditaires, ni personnels. Une fille opérée à l'âge de 15 ans, pour une double hernie inguinale. Lui-même était porteur d'une hernie inguinale gauche depuis l'âge de 25 ans. Elle avait été contenue jusqu'à présent par un bandage. Elle était petite, non douloureuse, réductible et n'avait jamais incommodé le malade. Quinze jours avant le traitement, il changea de bandage parce que sa hernie commençait à lui faire mal. La douleur et la gêne ne firent que s'accroître et depuis trois jours la situation est devenue un peu plus inquiétante : la hernie est très douloureuse, a augmenté de volume et le bandage a dû être enlevé. Le malade fut dans l'obligation de se coucher. Un médecin appelé fait, le 20 février 1912, le diagnostic de hernie étranglée.

A l'examen, la hernie inguinale gauche se présente avec le volume d'un petit œuf. Elle est tendue, douloureuse à la pression, entièrement irréductible. Les plans superficiels sont œdématisés, rouges, il y a de l'œdème du scrotum et de la matité à la percussion, quelques vomissements. État général bon, le ventre est quelque peu météorisé, mais sans contractions péristaltiques ; il y a eu des selles quarante-huit heures avant.

Opération le 20 février 1912, à 5 heures du soir.

Incision suivant le grand axe de la tumeur. On traverse du

tissu cellulaire œdémateux lardacé. Le sac herniaire apparaît placé au milieu des éléments du cordon.

L'incision du sac laisse écouler sous pression un liquide séropurulent à peu près un quart de verre. A l'intérieur, on trouve une frange graisseuse mobile évasé à sa terminaison et reliée du côté de l'anneau par un pédicule qui va en s'amincissant de plus en plus. On pense à une frange épiploïque. Aucune anse intestinale dans le sac. L'incision du sac est prolongé de façon à couper l'anneau extrêmement serré formant un diaphragme laissant passer tout juste le pédicule.

Une fois dans la grande cavité péritonéale, en attirant le contenu herniaire, on s'aperçoit que cette frange graisseuse vient se fixer sur la face convexe de l'S iliaque. Il s'agissait donc d'appendice épiploïque de l'S iliaque qui était venu se loger dans le sac herniaire. L'S iliaque, examiné autant qu'on pouvait le faire, présentait d'autres appendices épiploïques aussi développés.

Ligature à la base et section. Dissection du sac ; résection, cure radicale, drainage.

Suites opératoires : bonnes, sauf un abcès à la partie supérieure de la plaie.

Juin 1912. — Actuellement, guérison complète : paroi solide.

Examen de la pièce. — L'appendice épiploïque enlevé est très volumineux et mesure 6 à 7 centimètres de long.

Son pédicule est très mince, présentant à quelques millimètres du point de section un anneau d'étranglement très serré correspondant au diaphragme du sac herniaire. La partie flottante est formée par du tissu graisseux séparé en minces lamelles ouvragées, donnant à l'ensemble la forme d'un éventail à moitié ouvert.

L'extrémité du pédicule présente une petite lumière conduisant dans un canal de quelques millimètres de large. Ce canal devait communiquer avec l'intérieur de l'intestin.

OBSERVATION XX

**Observation de subocclusion par étranglement dans
un sac herniaire d'un appendice de l'S iliaque.**

(Due à l'obligeance de M. ARNAUD.)

Homme de soixante et onze ans. Vient à l'hôpital pour des accidents d'occlusion mal déterminés ayant débuté trois ou quatre jours auparavant. Hernie inguinale gauche de date ancienne qui avait tendance à s'engouer. Récemment, à ce que raconte le malade, la hernie se serait étranglée, mais la réduction se produisit spontanément. Le malade a peu vomi, mais son état ne s'est pas amélioré ; la langue est sèche, le ventre quelque peu ballonné ; il existe un péristaltisme net et il semble qu'on sente dans la fosse iliaque gauche une masse probablement constituée par l'S iliaque. On fait le diagnostic d'occlusion de nature indéterminée et on opère immédiatement.

Dissection d'un sac herniaire volumineux au centre duquel on sent de petits cordons. A l'ouverture du sac, on trouve un appendice terminé par une frange graisseuse.

Le sac débridé permet d'attirer l'S iliaque sur lequel l'appendice était fixé. On reconnaît en lui un appendice épiploïque. Il portait à sa base, au niveau du collet du sac, un sillon de stricture. Résection. Cure radicale. Guérison.

Examen de la pièce. — L'appendice enlevé est mince, étiré et à environ six centimètres de long.

OBSERVATION I

(Cette observation et les suivantes sont extraites du mémoire de M. Kiendirdjy, paru en 1910 dans la *Revue de Chirurgie*.)

(Cas de RIEDEL.)

Ulga G..., âgée de cinquante-six ans. Atteinte depuis plusieurs années d'une hernie inguinale droite et d'une hernie crurale gauche non douloureuse. Deux jours auparavant, la malade en

vaquant à ses occupations ressent une assez vive douleur dans l'aîne gauche et s'alite.

A l'examen, on trouve à droite une hernie inguinale parfaitement réductible; à gauche, au-dessous de l'arcade de Fallope, une tumeur ayant le volume d'une noix, irréductible, de consistance dure et presque insensible à la pression.

L'opération immédiate montre qu'il s'agit d'une hernie crurale. Dans le sac se trouve un appendice épiploïque tordu une fois sur son axe et adhérent par son extrémité distale. Il est long d'un centimètre, épais de deux millimètres et de coloration jaunâtre. Il a subi déjà un commencement de nécrose et se trouve appendu à un pédicule vasculaire également tordu. Ligature de ce pédicule et ablation du séro appendice. Cure radicale. Guérison.

OBSERVATION II

(Cas de RIEDEL.)

Anna R..., âgée de vingt ans, entre le 14 août 1905. Elle présente depuis deux ans, du côté gauche, une hernie crurale réductible; du côté droit et depuis quinze mois seulement, une hernie crurale irréductible.

La veille, dans l'après-midi, la malade avait ressenti une douleur abdominale violente, en même temps que sa hernie gauche était devenue tendue et sensible et que toute émission de gaz était arrêtée. Dans la soirée, sous l'influence d'une injection de morphine, la hernie s'était réduite spontanément.

L'opération pratiquée à deux heures de l'après-midi montre dans le sac herniaire gauche, outre une faible quantité de liquide, un petit corps étranger grasseux, long d'un centimètre et épais de cinq millimètres, suspendu à la paroi du sac par un mince pédicule de fibrine fraîche. Résection du sac et cure radicale.

L'opération est répétée à droite où on trouve un gros lipome, péritonéal et un sac deshabité. Guérison.

OBSERVATION III

(Cas de LORENZ.)

Femme âgée de trente-trois ans et assez grasse, atteinte d'une hernie étranglée de la grande lèvre droite, s'accompagnant de malaise général, de douleurs dans le ventre et d'arrêt des matières et des gaz.

L'opération montra dans le sac herniaire et au milieu des anses intestinales, une bride mince et tendue, longue de six centimètres, partie du méso-sigmoïde et insérée sur le collet du sac, autour de laquelle un appendice épiploïque du gros intestin était tordu de 360° et étranglé. Sur le péritoine pariétal et viscéral se trouvaient de minces dépôts de fibrines.

Au niveau du séro-appendice tordu, on voyait des suffusions sanguines sous-péritonéales. Le pédicule au point d'étranglement présentait un début de sphacèle. Résection de la bride et de l'appendice épiploïque et cure radicale. Guérison.

OBSERVATION IV

Cas de Von Bruns.

Femme âgée de 50 ans, ne se connaissant pas de hernie et souffrant depuis quatre jours dans la région inguinale gauche et dans le bas-ventre. Un médecin appelé constate une hernie étranglée et essaie, mais en vain, de la réduire.

A l'examen, on trouve dans la région inguinale une hernie grosse comme un œuf de poule et recouverte d'une peau rouge et œdématiée. Il n'y a pas de vomissements et le ventre n'est pas ballonné, mais la malade n'a pas été à la garde-robe.

A l'opération pratiquée d'urgence on trouve un sac herniaire rempli de liquide et contenant une formation graisseuse que l'on reconnaît, après élargissement du collet du sac, être un appendice épiploïque. Celui-ci adhère par sa base à l'intestin voisin qui

était légèrement altéré et présentait un aspect gangreneux. Ablation du séro-appendice, refoulement du côlon, cure radicale. Guérison.

OBSERVATION V

Cas de Muscatello.

Femme âgée de 56 ans, ne se connaissant pas de hernie. Deux jours avant son admission et sans cause apparente, elle avait ressenti dans la région de l'aîne gauche une douleur violente bientôt irradiée à tout l'abdomen. Elle n'avait pas vomi et n'avait pas présenté d'arrêt des matières et des gaz. Quarante heures après le début des accidents, elle est envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de hernie crurale étranglée.

A son arrivée on constate un arrêt général parfait avec température et pouls à peu près normaux. Le ventre n'est pas ballonné. Dans la région crurale gauche se trouve une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, tendue et rénitente, très douloureuse à la pression, non réductible et ne subissant pas d'impulsion à la toux.

On porte alors le diagnostic de hernie crurale épiploïque étranglée, et l'on procède à l'opération sous l'anesthésie locale par cocaïne-adréraline. On arrive sur un sac entouré de masses graisseuses. Dans le sac un peu de liquide citrin et deux corps ronds et allongés ayant l'un 2 centimètres et l'autre 1 cent. 1/2 de longueur et présentant l'aspect habituel des appendices épiploïques appendus par deux fins pédicules à l'anse sigmoïde. Ces pédicules ne présentaient aucune trace de torsion. Ablation des appendices, résection du sac et cure radicale. Guérison.

OBSERVATION VI

Cas de Muscatello.

Louis M..., âgé de 32 ans, cultivateur. Six mois auparavant il avait ressenti brusquement un jour une douleur violente dans l'aîne gauche. Cette douleur avait disparu depuis un mois. Le

malade avait remarqué, en outre, l'apparition d'une petite tumeur qui avait augmenté progressivement de volume.

Après examen, on porte le diagnostic de hernie inguino-scrotale entéro-épiploïque et l'on procède à la cure radicale, le 9 décembre 1905.

A l'ouverture du sac, on trouve l'épiploon dont un fragment est réséqué. On découvre ensuite un appendice épiploïque adhérent à la partie postérieure du collet du sac et tordu sur lui-même. La torsion siégeait à environ 5 millimètres de l'inversion du séro-appendice sur le côlon. Un autre séro-appendice, celui-là libre, se trouvait attaché à 5 millimètres au-dessous du collet du sac. D'autre part, le côlon sigmoïde lui-même adhérait à ce collet sur une étendue de 3 centimètres. Ablation des appendices et cure radicale. Guérison.

OBSERVATION VII

Cas de Mohr.

Homme obèse, âgé de 62 ans, qui s'était aperçu, trois ou quatre ans auparavant, de la présence d'une petite tumeur indolente dans sa région inguinale gauche, tumeur parfaitement réductible.

Il y a dix jours, sous l'influence d'un effort, la tumeur devint tout à coup irréductible.

A l'examen, on porte le diagnostic d'épiplocèle étranglée et l'on décide d'opérer séance tenante. Dans le sac on trouve insérée sur sa paroi postérieure, une masse grasseuse vermiforme, renflée en massue à son extrémité, et présentant dans son épaisseur des suffusions hémorragiques. A côté il y avait deux autres appendices épiploïques inscrits sur l'anse sigmoïde qui étaient également étranglés au niveau du collet du sac et en imminence de sphacèle. Ablation des trois séro-appendices et cure radicale. Guérison.

OBSERVATION VIII

(Cas de Krüger.)

Officier quelque peu obèse, âgé de 56 ans. Vingt ans auparavant, il avait souffert pendant quelques semaines dans son aine droite. Il y a deux ans, la douleur revint pour disparaître peu de temps après. Quatre jours avant l'admission, il y eut une troisième crise avec irradiations douloureuses du côté de l'urètre et de l'ombilic.

A l'examen on trouve une masse de consistance ferme dans le canal inguinal droit, et l'on porte le diagnostic d'épiplocèle étranglée.

L'opération pratiquée le 17 mai 1907 montra dans le sac un appendice épiploïque long de quatre centimètres, large d'un centimètre et demi, et inséré par un court pédicule sur le cœcum qui se trouvait lui-même dans le trajet inguinal.

Le séro-appendice s'était tordu lui-même, et c'était cette torsion qui avait donné naissance aux phénomènes inflammatoires du côté de la hernie. Ligature et ablation du séro-appendice et du sac herniaire et cure radicale. Guérison.

OBSERVATION IX

(Cas de Servé.)

Homme très robuste porteur depuis 1897 d'une hernie inguinale gauche ayant le volume d'un œuf de poule, mais n'occasionnant aucune gêne, et parfaitement réductible avec gargouillement.

Le 24 juin 1903, en faisant un grand effort, le malade, boulanger de sa profession, ressentit au niveau de sa hernie une douleur violente qui l'obligea à interrompre son travail.

Le 26, Servé est appelé en consultation par le médecin traitant et constate au niveau de la moitié gauche du scrotum, une infiltration inflammatoire recouvrant une masse du volume d'un œuf de poule. Le ventre était légèrement ballonné, mais le

malade rendait librement des gaz et son état général était satisfaisant.

Le diagnostic fut : hernie étranglée. A l'ouverture du sac, il ne s'en échappa que quelques centimètres cubes d'un liquide séreux trouble. Le sac contenait un appendice épiploïque long de dix centimètres, du volume d'une petite noix et tordu sur lui-même de 360°. Ligature puis excision de l'appendice et du sac. Cure radicale. Guérison.

OBSERVATION X

(Cas de Vulliet.)

Homme de 62 ans, fort, gras, porteur de deux hernies, vieilles d'une vingtaine d'années, petites, sortant à peine de l'orifice inguinal externe.

Le 17 janvier 1907, il ressentit une douleur sourde dans la région inguinale gauche. Le 19, on constata dans cette région, la présence d'un cordon très douloureux :

Le 20, la tumeur avait augmenté de volume ; elle était tendue, élastique, de la dimension d'un œuf, et se prolongeant par un pédicule étroit du côté de la cavité abdominale. Pas de vomissements.

Opération. — Sac autour d'un gros lipome œdématié à sa partie inférieure. Il contenait deux séro-appendices épiploïques, à l'extrémité inférieure en massue, adipeuse, bleuâtre, non adhérents aux parois ; deux pédicules fins, libres, s'enfonçaient dans l'abdomen jusqu'à l'S iliaque que l'on sentait libre au dessus du trajet inguinal.

OBSERVATION XI

(Cas de Kindirdjy.)

Réssection des séro-appendices et cure radicale. — Guérison.

Homme âgé de 43 ans, porteur depuis dix à douze ans d'une hernie inguinale gauche n'ayant jamais été complètement réductible.

Le 13 décembre, le malade est pris de quelques malaises, qui augmentent les jours suivants. Le 27 le malade est vu par un chirurgien qui fait le diagnostic de hernie inguinale étranglée.

Depuis vingt quatre heures il n'y avait eu aucune émission gazeuse.

Opération à 6 heures du soir.

Sac flanqué d'un petit lipome. Il était cylindrique, long de dix centimètres, entouré de tissu cellulaire infiltré, et la séparation



Cas de Kindirdjy et Séjournet (*Revue de Chirurgie*, 1910).

des éléments du cordon n'alla pas sans quelques difficultés. A l'ouverture du sac il s'échappa quelques cuillerées d'un liquide citrin, inodore. A l'intérieur on trouva une masse grasseuse, jaunâtre, d'aspect lardacé, présentant çà et là des plaques échyмотiques. En poursuivant l'ouverture du sac, on pu, en tirant sur le pédicule, attirer à sa suite l'S iliaque absolument mobile. Il y avait deux pédicules dont l'un était beaucoup plus mince que l'autre.

Celui-ci présentait un sillon d'étranglement circulaire qui le partageait en deux portions : une, inférieure, faisant partie de la masse étranglée ; une, supérieure, intra-abdominale et d'aspect normal, s'insérant sur l'iliaque au niveau d'une bande longitudinale. Il s'agissait donc d'un séro-appendice épiploïque étranglé et tordu. La torsion était multiple. Le gros pédicule était tordu d'un demi-tour sur lui-même. Chacune des deux moitiés de cet énorme appendice épiploïque l'était aussi au niveau de son pédicule secondaire, de presque un tour complet. Résection, cure radicale. Guérison.

OBSERVATION XII (1)

(D'après l'article de Truffi dans la *Riforma medica italiana*, 1908.)

(Cas de Verga.)

Femme de 46 ans. Hernie crurale gauche depuis 20 ans, toujours réductible. Pendant la période menstruelle elle devenait un peu volumineuse et douloureuse. Depuis douze jours la tumeur est devenue irréductible et douloureuse avec irradiations à l'épigastre. Pas de vomissements ni de météorisme.

Opérée par Muscatello qui ouvre le sac et voit deux petits corps graisseux, adossés, se continuant avec un pédicule passant à travers le collet dans la cavité abdominale.

En faisant une légère traction, on amena à l'orifice d'entrée du sac herniaire le côlon sigmoïde sur lequel s'insérait le pédicule. On reconnut alors qu'il s'agissait d'un appendice épiploïque. Au niveau de l'étranglement, coloration bleuâtre.

OBSERVATION XIII

(Cas de Schwemberg.)

Homme de 45 ans. Hernie inguinale gauche réductible. Depuis un jour, irréductibilité et douleur. Etat général très satisfaisant. A la palpation on a la sensation d'un cordon dur. Opération. Trois

(1) Cette observation et les suivantes sont extraites de l'article de M. Truffi paru dans la *Riforma medica italiana*, 1908.

appendices épiploïques fortement étranglés avec infiltration hémorragique.

OBSERVATION XIV

(Cas de Linkenheld.)

Femme de 27 ans, n'ayant jamais eu de hernie. Il y a huit jours, apparition d'une tuméfaction dans la région crurale droite très douloureuse, avec conservation de la fonction intestinale.

A l'opération, après ouverture du sac, apparition d'un appendice épiploïque du volume d'une noisette, très étranglé au niveau du collet et très adhérent. Dilatation du collet, ablation.

OBSERVATION XV

(Second cas de Linkenheld.)

Homme de 71 ans ayant une hernie inguinale gauche. Etranglement depuis deux jours sans signes douloureux. Tumeur molle et indolente. A l'incision du sac, comme unique contenu, trois appendices épiploïques de différents volumes, épaissis, irréguliers, infiltrés de sang. Etranglement serré à la partie supérieure. Résection. Mort deux jours après par rupture d'un anévrisme de l'artère iliaque gauche.

A l'autopsie on trouva les appendices épiploïques du côlon descendant très développés. Plusieurs d'entre eux présentaient du côté de la paroi intestinale un orifice qui admettait facilement l'index; une telle ouverture était un danger pour l'anse intestinale. En outre, on trouve un appendice épiploïque d'une couleur cyanique, bleu rouge, avec infiltration hémorragique et, cependant, il n'avait pas été étranglé dans le sac herniaire. Le plus long appendice mesurait 15 centimètres.

OBSERVATION XVI

(Troisième cas de Linkenheld.)

Homme de 64 ans. Hernie inguinale gauche. Depuis huit jours, tumeur douloureuse irréductible sans troubles intestinaux.

A l'incision, sac avec lipome intra-herniaire réuni par un cordon plongeant dans la cavité abdominale. Mort par hémorragie d'un ulcère de l'estomac.

A l'autopsie on trouva sur l'anse sigmoïde des appendices épiploïques; l'un d'eux portait encore la trace d'une ligature. A l'examen du sac on vit deux pédicules dont l'un était épiploïque et l'autre appartenait à un appendice épiploïque. Le malade, dans ce cas, avait eu primitivement une hernie épiploïque dont le pédicule s'était progressivement étiré.

OBSERVATION XVII

(Cas de Truffi.)

Femme de 45 ans. Hernie crurale gauche du volume d'une noix parallèle à l'arcade de Fallope. Quelques troubles intestinaux et quelques douleurs dans la fosse iliaque gauche. Depuis un jour, tuméfaction irréductible, douloureuse.

A l'examen, hernie crurale ordinaire, très pédiculée du côté de l'abdomen. On porte le diagnostic d'épiplocèle.

Opération faite par Tansini. A l'incision du sac, liquide rouge brun. Le sac ouvert, apparition de deux petits corps graisseux en forme d'amande adossés l'un à l'autre et réunis par un pédicule qui se dirige du côté de l'abdomen. Ils ont une longueur de 2 centimètres et demi, et sont parsemés de points hémorragiques. Ils présentent un étranglement manifeste avec sillon violacé. Leur surface est granuleuse et œdémateuse en plusieurs points.

OBSERVATION XVIII

(Second cas de TRUFFI-TANSINI)

Homme, 75 ans, hernie inguinale double depuis l'âge de 40 ans. La hernie gauche était toujours un peu plus douloureuse et dans le cours de l'année elle devient plus volumineuse avec irradiations à l'ombilic.

Opération par Tansini le 28 juin 1908. Les éléments du cordon

sont isolés avec grande difficulté, liquide limpide dans le sac. On reconnut alors deux appendices épiploïques adossés l'un à l'autre avec un pédicule présentant une coloration bleuâtre au niveau de l'étranglement. Inflammation constante du sac ; d'ou, production de liquide.



Appendice tordu (ADLER, *The Lancet*, 1908)

OBSERVATION XIX

(Cas d'ADLER)

Homme de 72 ans. Hernie inguinale gauche étranglée. En souffrait depuis vingt ans. Tumeur du volume d'un œuf ; pas de constipation, ni de vomissements.

Incision, sac œdémateux, à l'intérieur appendice épiploïque tourné dix fois sur lui-même. Liquide à l'intérieur. Section. Ligature. Guérison.

Essai de physiologie et de pathogénie.

Les appendices épiploïques peuvent-ils être considérés comme jouissant d'un rôle physiologique quelconque dans notre organisme ? Cette question n'a pas encore été étudiée suffisamment à fond pour nous permettre de répondre d'une façon affirmative, et les quelques recherches personnelles que nous avons pu faire ne sont pas assez nombreuses et assez précises pour arriver à une conclusion absolue.

Envisagés en eux-mêmes, les appendices épiploïques ont, sans doute, un rôle physiologique fort restreint, bien que certains auteurs voient en eux une adaptation, particulière au gros intestin, de l'épiploon, qui se serait « morcelé et multiplié pour former des échelons et des factions sur le parcours du conduit colique ». Si les expériences qui ont montré le redressement et l'érection des appendices épiploïques au cours de la progression des matières fécales dans le gros intestin représentent exactement le mécanisme physiologique, on peut trouver là l'explication de la présence dans un sac herniaire d'un appendice que son état d'érection, joint à la facilité avec laquelle le côlon ilio-pelvien se déplace, aura laissé pénétrer à travers cet orifice.

Si, d'autre part, les appendices épiploïques forment sur le gros intestin des épiploons en miniature, on peut

admettre qu'ils jouissent d'une partie au moins des propriétés du grand épiploon. Des mouvements amiboïdes, s'il en existe, doivent considérablement favoriser l'insinuation des appendices dans un sac. La chose semble d'autant plus aisée, si l'on admet la théorie de Lucas-Championnière qui prétend que la graisse déposée là en réserve doit se trouver à l'état liquide. Nous ne voulons pas entreprendre la discussion des différentes théories physiologiques concernant le grand épiploon depuis celles de Gallien et d'Aristote, qui en faisaient une simple couverture, contre le refroidissement des viscères sous-jacents, jusqu'aux conceptions les plus récentes et les plus séduisantes où l'épiploon est considéré comme le « policeman abdominal ». Cela nous entraînerait trop loin. Aussi nous contenterons-nous de rappeler en quelques lignes les grands pouvoirs physiologiques qui, appartenant au grand épiploon, peuvent être reconnus aux appendices épiploïques.

Outre les mouvements amiboïdes que nous avons signalés plus haut, tous le monde se plaît à reconnaître à l'épiploon un « instinct » qui le pousse à se porter au-devant d'une plaie intestinale pour l'occlure, la protéger et la localiser.

Son rôle biologique, dans l'absorption des liquides pathologiques (péritonite tuberculeuse), ou des médicaments (injections diverses), est sous la dépendance de sa fonction leucocytaire. Ce rôle est peut-être d'autant plus intense dans les appendices épiploïques, que la circulation est elle-même facilitée pendant leur état d'érection par suite de « l'accommodation de leurs vaisseaux par rapport au tronc basal des coliques ».

L'épiploon a encore la facilité d'emmagasiner des réserves de graisse et de sécréter physiologiquement et pathologiquement. Nous n'insisterons pas sur ce fait et terminerons ce court aperçu par deux mots sur sa sensibilité. A l'état normal, elle est fort émoussée, et l'on connaît l'exemple des animaux éventrés qui dévorent leur épiploon sans s'en rendre compte. Mais à l'état pathologique cette sensibilité s'exagère au point de devenir, dans l'épiplocèle étranglée, par exemple, presque aussi sensible que celle de l'intestin lui-même. C'est là une propriété que l'on ne saurait refuser aux appendices épiploïques dont l'étranglement se manifeste, comme nous le verrons plus loin, par des symptômes locaux extrêmement douloureux.

Étiologie.

Nous n'avons pas l'intention d'entreprendre l'étiologie complète des hernies simples des appendices épiploïques. Elle est comparable, en bien des points, à celle des hernies en général et nous renvoyons, pour cette étude, aux traités spéciaux. Nous nous contenterons d'énumérer ici quelques conditions étiologiques spéciales qui nous ont paru plus particulières à ces hernies.

C'est ainsi que, d'après nos observations personnelles, nous avons trouvé qu'elles étaient bien plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

Leur siège est plus fréquemment situé au niveau du canal inguinal qu'au niveau de l'orifice crural. En outre, on constate que, dans la majorité des cas, ces hernies se font par le canal inguinal gauche ; cela est compréhensible étant donnée l'extrême mobilité de l'S iliaque, qui, contrairement au cæcum maintenu dans une position presque fixe, présente, de ce fait, des rapports plus intimes avec la paroi abdominale.

Au sujet de l'âge, les différents auteurs ne sont pas d'accord. Certains l'ont constatée sur des sujets jeunes (21 ans dans un cas de Riedel, obs. II), d'autres sur des sujets presque octogénaires. Mais l'opinion la plus répandue est qu'elle apparaîtrait au voisinage de la quarantaine. Nous nous rallierons volontiers à cette

opinion, d'autant mieux qu'il est reconnu que le sédentarisme en favorisant l'obésité, rend ces appendices plus volumineux et facilite leur introduction dans des canaux qui, à cet âge, se relâchent plus facilement.

Anatomie Pathologique.

Les lésions d'anatomie pathologique que l'on observe, varient selon qu'on a affaire à un appendice épiploïque simplement hernié ou que celui-ci se présente à nous étranglé ou tordu. L'aspect variera encore avec le degré de l'étranglement et de la torsion, et aussi avec le temps depuis lequel ces phénomènes se produisent.

Dans la hernie simple, nous pouvons avoir un appendice libre ou adhérent. L'appendice s'offre à nous sous une forme à peu près normale. A un moment, une légère réaction inflammatoire a pu se produire; elle aura eu pour terminaison la formation de fausses membranes qui, en tapissant l'intérieur du sac, seront venues relier celui-ci à l'appendice incarcéré.

Le tableau change sitôt qu'une striction ou une torsion s'exerce sur le pédicule de l'appendice. Et tout d'abord un problème pathogénique se pose : est-ce la torsion qui précède l'étranglement, ou ce dernier est-il le premier en date ? La plupart des auteurs sont d'accord pour voir en la torsion le premier phénomène.

Quoi qu'il en soit, à un stade initial, notre appendice tordu et étranglé va réagir comme tout organe dont la circulation artérielle et veineuse s'effectue mal. Une légère teinte cyanique colorera notre appendice, s'accompagant d'un certain degré de turgescence. A un degré plus avancé, un peu de liquide exsudera et si la

striction à la base de l'appendice est plus énergique, nous assisterons aux phénomènes de gangrène et de nécrobiose de l'organe. A ce moment, nous avons toujours trouvé une certaine quantité de liquide séropurulent qui, dans notre cas, peut être évalué à un quart de verre environ. D'après les autres auteurs, cette quantité serait toujours minime, variant de quelques centimètres cubes à quelques cuillerées à café. Cette faible quantité est vraisemblablement en relation avec le peu de vascularisation de ces organes.

Du fait du microbisme latent et de la transsudation microbienne qui s'effectue ici comme dans tout étranglement herniaire ; du fait également de l'exagération de la virulence des microbes, on peut avoir un liquide franchement purulent. Cela se voit dans la hernie compliquée de diverticulité où la théorie du vase clos se trouve réalisée : le *bacterium coli* commune et les autres saprophytes intestinaux peuvent là faire leur œuvre en conscience.

Parfois, soit à la suite d'une striction trop intense, soit comme conséquence des phénomènes de nécrobiose, le pédicule de l'appendice se rompt et celui-ci devient libre dans le sac herniaire, formant là un véritable corps étranger (cas de Muscatello). On peut prévoir les accidents que cette rupture amènerait si l'appendice renfermait à son intérieur un diverticule.

D'après Kindirdjy, un appendice enflammé est capable de résolution partielle, mais alors il y a des adhérences qui fixent l'appendice au sac, donnant lieu à une hernie irréductible, s'accompagnant de phénomènes douloureux. Dans cette variété, l'appendice est

quelquefois accompagné d'autres éléments ; mais toujours la cause d'irréductibilité réside dans les adhérences qu'un appendice hernié, jusque-là réductible et indolent, a contractées (Muscatello, Vuillet).

Les lésions que nous venons de décrire ne se localisent pas uniquement sur les organes herniés, ils retiennent en outre sur les organes voisins.

C'est ainsi que nous pourrons avoir du côté de l'intestin une coudure avec véritable occlusion intestinale.

Le cordon est infiltré, dur, épais, turgescant, donnant sous le doigt la sensation d'une corde fortement tendue, et cette infiltration inflammatoire se propage de proche en proche, envahissant le scrotum où elle se traduit par un œdème dur, rosé, qui a pu, dans le cas de Servé, en imposer pour une adénite.

Cette infiltration du cordon et du scrotum forme un signe que nous considérons comme pathognomonique, regrettant vivement de n'avoir pu le vérifier par un plus grand nombre d'observations.

Nous n'insisterons pas sur les caractères du sac qui sont ceux communs à toute hernie. Certains auteurs ont insisté sur l'épaississement du sac ; nous ne l'avons pas toujours trouvé épaissi de façon très caractéristique.

Symptomatologie.

Une hernie renfermant uniquement un ou des appendices épiploïques ne peut faire naître une symptomatologie spéciale. Rien ne pourra faire diagnostiquer son contenu.

Il n'en est plus de même lorsque des phénomènes d'étranglement surgissent. C'est ce que démontre l'histoire clinique de l'observation de M. Patel et si nous voulions en tracer un tableau, nous trouverions des symptômes communs à l'étranglement herniaire habituel et à l'étranglement des appendices épiploïques herniés. Nous trouverions en outre des symptômes qui, sans être particuliers, ont cependant une nuance et une allure pouvant aiguiller un diagnostic vers la striction d'un appendice épiploïque.

Les vomissements n'existent pas ; quelques nausées en tiennent la place. Dans certain cas, cependant, nous les voyons signalés ; mais jamais ils n'ont revêtu les caractères particuliers du grand étranglement.

L'abdomen est météorisé, mais sans être ballonné ; rarement on a signalé des contractions péristaltiques.

La respiration s'effectue normalement, quoique avec un peu de gêne.

Le cours des matières est rarement suspendu. Il y a, dans certains cas, un peu de stase intestinale, mais

toujours (et c'est là le point capital) le malade fait des gaz.

A l'examen, la hernie se présente sous la même physiologie que les autres hernies : elle est dure, tendue, douloureuse à la palpation et à la pression ; mais, en général, elle est fort peu volumineuse. Un examen plus attentif nous permet de déceler un signe particulier sur lequel nous avons déjà insisté plus haut et que nous considérons jusqu'à nouvel ordre, nous n'hésitons pas à le répéter, comme pathognomonique : nous voulons parler de l'œdème du cordon et de l'œdème rosé du scrotum.

L'état général est peu grave, malgré quelques vomissements et quelques nausées chez certains malades. Toutefois, la plupart des personnes atteintes continuent à manger et à boire ; ils sont subfébriles et, n'étaient les petites douleurs qu'ils éprouvent, ils ne seraient pas très incommodés de l'état grave dans lequel ils se trouvent. Des malades ne sont venus trouver un chirurgien que huit jours après le début des phénomènes d'étranglement.

Diagnostic. — Complications.

Traitement.

Le diagnostic de cette variété d'étranglement est une rareté et cela s'explique par le nombre très limité de signes particuliers. Nous croyons cependant que, dans certains cas, il est possible de faire un diagnostic, ou, si l'on ne peut le poser de façon très ferme nous estimons qu'on pourra soupçonner dans cette hernie étranglée la présence d'un appendice épiploïque.

En effet, qui dit étranglement intestinal invoque par suite un tableau dramatique avec vomissements, suspension absolue des matières et des gaz, mauvais état général. On ne constate pas l'œdème du cordon et du scrotum. Une erreur est impossible, à moins que la hernie ne soit mixte.

Il sera plus difficile de différencier la hernie d'un appendice épiploïque, d'une épiplocèle, ces deux organes réagissant physiologiquement et cliniquement de la même façon. Cependant, dans l'épiplocèle étranglée, la tumeur est ordinairement plus volumineuse, plus dure, et la palpation permet parfois de sentir le grenu épiploïque révélateur.

Le pincement du grand épiploon nous donnerait à peu près les mêmes symptômes, mais, dans ce cas, le diagnostic est franchement impossible.

En résumé, lorsqu'on se trouvera en présence de l'étranglement d'une hernie, jusque-là petite, indolore

réductible ; qu'il n'y aura pas suspension des matières et surtout des gaz ; qu'on aura constaté, outre le bon état général, un œdème du cordon et du scrotum, nous croyons que le diagnostic d'étranglement d'un ou de plusieurs appendices épiploïques pourra être posé avec quelques chances d'exactitude.

Traitement. — Quoi qu'il en soit, ce sont les phénomènes d'étranglement, si légers soient-ils, qui dicteront le traitement, et celui-ci ne saurait être que chirurgical.

Suivant le siège inguinal, crural ou ombilical de la hernie, on en fera la *cure* radicale, sur laquelle nous n'insisterons pas. Un seul point nous a paru digne d'attirer l'attention, c'est la présence d'un diverticule concomitant. Dans ce cas peut-être, vaudra-t-il mieux stériliser la tranche de section par l'emploi du thermocautère et enfouir le tout comme moignon appendiculaire.

La guérison est la règle. On a noté quelques cas de mort, mais il sont expliqués par d'autres maladies concomitantes. Il ne faut pourtant pas oublier que par suite des diverticules renfermées dans les appendices on peut avoir, si ceux-ci se rompent, deux grandes complications : l'une intra-abdominale qui est la péritonite généralisée ; l'autre à point de départ intra-sacculaire qui est la péritonite herniaire. Cette dernière, pour laquelle on avait émis tant d'hypothèses et qu'un certain nombre d'auteurs n'admettaient qu'avec de nombreuses restrictions, trouve son explication dans la hernie des appendices épiploïques renfermant un diverticule à leur intérieur.

CONCLUSIONS

1° On peut rencontrer à l'intérieur des sacs herniaires des appendices épiploïques de l'S iliaque qui en forment l'unique contenu et qui peuvent donner lieu à des accidents variés.

2° Il s'agit, en général, de hernies inguinales, moins souvent de hernies crurales, siégeant presque uniquement à gauche. L'appendice épiploïque est engagé ou très serré au niveau du collet et peut avoir subi un certain degré de torsion. En général il est enflammé et il existe à l'intérieur du sac un liquide louche ou purulent.

3° La production de cette hernie s'explique par la fréquence des appendices épiploïques sur l'S iliaque, la mobilité de cette portion du côlon et la facilité avec laquelle, semblables à l'épiploon, ces appendices peuvent s'engager à travers des orifices étroits.

4° Le tableau clinique est celui des épiplocèles étrangères. Les signes abdominaux font presque défaut ; seul l'œdème du cordon et des plans superficiels paraît être un fait assez fréquent indiquant simplement l'inflammation des plans sous-jacents.

5° Abandonnée à elle-même, cette variété de hernie peut donner lieu à la suppuration (péritonite herniaire) ou à des accidents de péritonite généralisée si, comme

cela se voit fréquemment, l'appendice épiploïque renfermant une cavité diverticulaire en rapport avec l'S iliaque vient à se sectionner au niveau du plan d'étranglement.

6° Le diagnostic précis est impossible à établir. Il est du reste un peu secondaire, l'indication opératoire relevant directement de la constatation des signes d'une hernie étranglée. — L'opération consiste à sectionner le pédicule de préférence au ras de l'S iliaque et à faire la cure radicale suivant le procédé classique.

Vu :

Le Doyen,

HUGOUNENQ.

Vu :

Le Président de la Thèse,

JABOULAY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 8 juillet 1912.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES GÉNÉRAUX

Anatomie.

- VÉSALE. — De humani corporis fabrica, libri quinti, p. 612. Basclæ, 1535.
- CHAUSSIER. — Essai anatomique sur la structure et les usages des épiploons. Mémoires de l'Académie de Lyon, tome III, 2^e partie, 1784.
- MARJOLIN. — Manuel d'anatomie, tome II, p. 405, 1815.
- MECKEL. — Manuel d'anatomie générale descriptive et pathologique. Trad. Jourdan et Bresched, t. III, 1825.
- CRUVEILHIER. — Anatomie descriptive, t. II, p. 536, 1868.
- SAPPEY. — Anatomie descriptive, t. IV, p. 229, 1889.
- POIRIER. — Traité d'anatomie.
- TESTUT. — Anatomie descriptive, 3^e édit., t. IV, p. 490, 1905.
- ROBINSON. — Th. de Paris, 1908.

Pathologie.

- SCARPA. — Observations anat. et prat. sur les hernies, 1811.
- LAWRENCE. — Traité des hernies, 1818.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique générale, 1849.
- MALGAIGNE. — Traité d'anatomie chirurgicale, 1859.
- GOSSELIN. — Leçons sur les hernies, 1865.
- JABOULAY. — In thèse de Regnier, Lyon, 1897.
- FORGUE. — Pathologie externe.
- PATEL. — Trois cas de sigmoïdites. *Lyon médical*, 1904, p. 525.
— Sigmoïdites et péricigmoïdites. *Revue de Chirurgie*, 10 oct. 1907.
- JABOULAY et PATEL. — In Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet. Hernies.
- LE LANDAIS. — Thèse de Lyon, 1910.

PATEL. — Sigmoidites perforantes (diverticulites sigmoïdiennes perforantes) avec péritonite généralisée. *Lyon Chirurgical*, 1911.

— Sigmoidite perforante herniaire. *Revue de médecine*, 1911.

BIBLIOGRAPHIE

SE RAPPORTANT PLUS SPÉCIALEMENT AU SUJET

RIEDEL. — Ueber die Drehung der Appendices epiploicae und ihre Folgen (corpora aliena und Strange in Bauche). *Münch. med. Woch.*, 28 nov. 1903, n° 48, p. 2308-2311.

LORENTZ. — Bericht über einen seltenen Operationsbefund. *Wien. klin. W.*, 1903, n° 51.

BRUNS (V.) — Brucheinklemmung einer Appendix epiploicae. *Münch. med. W.*, 1906, n° 1.

MUSCATELLO. — Strozzamento erniario delle appendici epiploiche e sue conseguenze. *Gaz. med. italiana*, n° 18, Maggio, 1906.

SCHWEINBERG. — Ein Fall von isoberte Incarceration. *Deutsche Zechr. für Chirurgie*, t. XCIII, fasc. 46, p. 383.

VERGA. — Ernia crurale irreducibile di appendici epiploiche. *Gazet. med. ital.*, n° 30, Luglio, 1907.

VERDENAL. — Diverticules de l'iliaque. Thèse de Lyon, 1907.

MOHR. — Brucheinklemmung von App. epip. *Munk. med. W.*, 1907, vol. LIV, p. 170.

LINKENHELD. — Beiträge zur Brucheinklemmung des Appendices epiploicae. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 92, Band 4-6, Heft. märz 1908.

KRUGER. — Zur Torsion der App. epip. *Munk. med. W.*, 1907, v. LIV, p. 1813.

VULLIET. — Du rôle des appendices épiploïques dans les accidents herniaires. *Sem. Méd.*, n° 27, 1907.

LEJARS. — La torsion du grand épiploon. *Sem. Médicale*, 1907, p. 76.

ZÖPPRITZ. — *Sem. Médicale*, n° 16.

TRUFFI. — Étranglement des app. épiploïques dans un sac herniaire. *Riforma medica*, n° 50, 14 décembre, p. 1377 à 1383.

KENDIRDJY. — *Revue de Chirurgie*, 1910, p. 36 à 53.

